



身体障害者手帳返還届

年 月 日

愛知県知事殿

届出者住所

氏 名

下記のとおり、身体障害者手帳を返還します。

手 帳 交 付 番 号		身体障害者 手帳添付の 有無	・有 ・無 〔理由：〕
※ 発 行 機 関	※ 手 帳 番 号		
身体障害者氏名 (生年月日) 個 人 番 号	(年 月 日)	身体障害者 居住市町村	市町村 (届出者と異なる場合に記入)
返 還 理 由	(1) 死亡 (年 月 日死亡) (2) 再認定審査結果 (非該当) による手帳返還 (3) 障害程度の改善 ((2) の場合を除く) による返還 (4) その他 ()		
※ 障害の種類及び 等級	視覚、聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく、肢体不自由、 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、免疫、肝臓 〔該当するものを ○で囲むこと。〕		
※ 補装具・更生医 療受給の有無	・有 (補装具・更生医療) ・無 〔一度でもあれば 有にすること。〕		
備 考			

注) ※印は市町村で記入すること。